

REPORT OF MEDICAL EXAMINATION

1. LAST NAME-FIRST NAME-MIDDLE NAME <b>GARCIA, CRISPIN-LUCIO</b>		2. GRADE AND COMPONENT OR POSITION		3. IDENTIFICATION NO.																																																																													
4. HOME ADDRESS (Number, street or RFD, city or town, zone and State) S-23-34 CUBA		5. PURPOSE OF EXAMINATION -		6. DATE OF EXAMINATION 1 Oct 60 REVIEW																																																																													
7. SEX <b>M</b>	8. RACE <b>W</b>	9. TOTAL YEARS GOVERNMENT SERVICE MILITARY CIVILIAN		10. AGENCY	11. ORGANIZATION UNIT																																																																												
12. DATE OF BIRTH S-23-34	13. PLACE OF BIRTH CUBA			14. NAME, RELATIONSHIP, AND ADDRESS OF NEXT OF KIN																																																																													
15. EXAMINING FACILITY OR EXAMINER, AND ADDRESS		16. OTHER INFORMATION																																																																															
17. RATING OR SPECIALTY		TIME IN THIS CAPACITY (Total)		LAST SIX MONTHS																																																																													
<p><b>CLINICAL EVALUATION</b></p> <table border="1"> <tr> <td>18. HEAD, FACE, NECK AND SCALP</td> <td>ABNORM.</td> </tr> <tr> <td>19. NOSE</td> <td></td> </tr> <tr> <td>20. SINUSES</td> <td></td> </tr> <tr> <td>21. MOUTH AND THROAT</td> <td></td> </tr> <tr> <td>22. EARS—GENERAL (Function &amp; cell canal) (Auditory acuity under items 70 and 71)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>23. DRUMS (Perforation)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>24. EYES—GENERAL (Visual acuity and refraction under items 38, 40 and 47)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25. OPHTHALMOSCOPIC</td> <td></td> </tr> <tr> <td>26. PUPILS (Equality and reaction)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>27. OCULAR MOTILITY (Associated parallel movement, alignment)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>28. LUNGS AND CHEST (Include breasts)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>29. HEART (Tumor, size, rhythm, sounds)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>30. VASCULAR SYSTEM (Varicosities, etc.)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>31. ABDOMEN AND VISCERA (Include hernia)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>32. ANUS AND RECTUM (Hemorrhoids, fistulae, prostate, if indicated)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>33. ENDOCRINE SYSTEM</td> <td></td> </tr> <tr> <td>34. G-U SYSTEM</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35. UPPER EXTREMITIES (Strength, range of motion)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>36. FEET</td> <td></td> </tr> <tr> <td>37. LOWER EXTREMITIES (Strength, range of motion)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>38. SPINE, OTHER MUSCULOSKELETAL</td> <td></td> </tr> <tr> <td>39. IDENTIFYING BODY MARKS, SCARS, TATTOOS</td> <td></td> </tr> <tr> <td>40. SKIN, LYMPHATICS</td> <td></td> </tr> <tr> <td>41. NEUROLOGIC (Evaluations made under item 78)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>42. PSYCHIATRIC (Specify any personality deviation)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>43. PELVIC (Females only) (Check box done)</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> VAGINAL <input type="checkbox"/> RECTAL</td> </tr> </table> <p>NOTES. (Describe every abnormality in detail. Enter pertinent item number before each comment. Continue in item 73 and use additional sheets if necessary.)</p>						18. HEAD, FACE, NECK AND SCALP	ABNORM.	19. NOSE		20. SINUSES		21. MOUTH AND THROAT		22. EARS—GENERAL (Function & cell canal) (Auditory acuity under items 70 and 71)		23. DRUMS (Perforation)		24. EYES—GENERAL (Visual acuity and refraction under items 38, 40 and 47)		25. OPHTHALMOSCOPIC		26. PUPILS (Equality and reaction)		27. OCULAR MOTILITY (Associated parallel movement, alignment)		28. LUNGS AND CHEST (Include breasts)		29. HEART (Tumor, size, rhythm, sounds)		30. VASCULAR SYSTEM (Varicosities, etc.)		31. ABDOMEN AND VISCERA (Include hernia)		32. ANUS AND RECTUM (Hemorrhoids, fistulae, prostate, if indicated)		33. ENDOCRINE SYSTEM		34. G-U SYSTEM		35. UPPER EXTREMITIES (Strength, range of motion)		36. FEET		37. LOWER EXTREMITIES (Strength, range of motion)		38. SPINE, OTHER MUSCULOSKELETAL		39. IDENTIFYING BODY MARKS, SCARS, TATTOOS		40. SKIN, LYMPHATICS		41. NEUROLOGIC (Evaluations made under item 78)		42. PSYCHIATRIC (Specify any personality deviation)		43. PELVIC (Females only) (Check box done)		<input type="checkbox"/> VAGINAL <input type="checkbox"/> RECTAL																							
18. HEAD, FACE, NECK AND SCALP	ABNORM.																																																																																
19. NOSE																																																																																	
20. SINUSES																																																																																	
21. MOUTH AND THROAT																																																																																	
22. EARS—GENERAL (Function & cell canal) (Auditory acuity under items 70 and 71)																																																																																	
23. DRUMS (Perforation)																																																																																	
24. EYES—GENERAL (Visual acuity and refraction under items 38, 40 and 47)																																																																																	
25. OPHTHALMOSCOPIC																																																																																	
26. PUPILS (Equality and reaction)																																																																																	
27. OCULAR MOTILITY (Associated parallel movement, alignment)																																																																																	
28. LUNGS AND CHEST (Include breasts)																																																																																	
29. HEART (Tumor, size, rhythm, sounds)																																																																																	
30. VASCULAR SYSTEM (Varicosities, etc.)																																																																																	
31. ABDOMEN AND VISCERA (Include hernia)																																																																																	
32. ANUS AND RECTUM (Hemorrhoids, fistulae, prostate, if indicated)																																																																																	
33. ENDOCRINE SYSTEM																																																																																	
34. G-U SYSTEM																																																																																	
35. UPPER EXTREMITIES (Strength, range of motion)																																																																																	
36. FEET																																																																																	
37. LOWER EXTREMITIES (Strength, range of motion)																																																																																	
38. SPINE, OTHER MUSCULOSKELETAL																																																																																	
39. IDENTIFYING BODY MARKS, SCARS, TATTOOS																																																																																	
40. SKIN, LYMPHATICS																																																																																	
41. NEUROLOGIC (Evaluations made under item 78)																																																																																	
42. PSYCHIATRIC (Specify any personality deviation)																																																																																	
43. PELVIC (Females only) (Check box done)																																																																																	
<input type="checkbox"/> VAGINAL <input type="checkbox"/> RECTAL																																																																																	
<p>(Continue in item 73)</p> <p>44. DENTAL (Place appropriate symbols above or below number of upper and lower teeth, respectively.)</p> <p>O—Restorable teeth I—Nonrestorable teeth</p> <table border="1"> <tr> <td>X—3 missing teeth</td> <td>(8 X 5)—Fixed bridge, brackets to include abutments</td> </tr> <tr> <td>XXX—Replaced by dentures</td> <td></td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td>R</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>10</td> <td>11</td> <td>12</td> <td>13</td> <td>14</td> <td>15</td> <td>16</td> <td>L</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>32</td> <td>31</td> <td>30</td> <td>29</td> <td>28</td> <td>27</td> <td>25</td> <td>25</td> <td>24</td> <td>23</td> <td>22</td> <td>21</td> <td>20</td> <td>19</td> <td>18</td> <td>17</td> <td>E</td> </tr> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>T</td> </tr> <tr> <td>T</td> <td></td> </tr> </table> <p>REMARKS AND ADDITIONAL DENTAL DEFECTS AND DISEASES <i>None</i></p>						X—3 missing teeth	(8 X 5)—Fixed bridge, brackets to include abutments	XXX—Replaced by dentures		R	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	L	G	32	31	30	29	28	27	25	25	24	23	22	21	20	19	18	17	E	H																	T	T																	
X—3 missing teeth	(8 X 5)—Fixed bridge, brackets to include abutments																																																																																
XXX—Replaced by dentures																																																																																	
R	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	L																																																																
G	32	31	30	29	28	27	25	25	24	23	22	21	20	19	18	17	E																																																																
H																	T																																																																
T																																																																																	

45. URINALYSIS: A. SPECIFIC GRAVITY <b>1.016</b>		46. CHEST X-RAY (Place, date, film number and result) <b>2.8 G, 3-1-65</b>	
B. ALBUMIN <b>Very</b>		C. SUGAR <b>Very</b>	
D. MICROSCOPIC <b>Very</b>		47. SEROLOGY (Specify test used and result) 7.129 VDRL 9 Oct 60	
48. EXG <b>Very</b>		49. BLOOD TYPE AND RH FACTOR O	
50. OTHER TESTS <b>Hct 48%</b>			

**BEST COPY AVAILABLE** Approved for Release  
Date **100 1987** **(55) DA-1**

## MEASUREMENTS AND OTHER FINDINGS

51. HEIGHT 5.6	52. WEIGHT 141	53. COLOR HAIR Black	54. COLOR EYES Brown	55. BUILD: <input type="checkbox"/> SLENDER <input checked="" type="checkbox"/> MEDIUM <input type="checkbox"/> HEAVY <input type="checkbox"/> OBES	56. TEMPERATURE 98.6
57. BLOOD PRESSURE (Arm at heart level)			58. PULSE (Arm at heart level)		
A. SITTING SITTING DIAS. 70	B. RECUMBENT RECUMBENT DIAS. 70	C. STANDING (3 min.) DIAS. 70	73. 75 70	A. SITTING 70	B. AFTER EXERCISE 108
59. DISTANT VISION RIGHT 20/20 CORR. TO 20/20 BY LEFT 20/20 CORR. TO 20/20 BY			60. REFRACTION S. OX S. OX		
61. NEAR VISION			62. HETEROPIA (Specify distance)		
ES°	EX°	R.H.	L.H.	PRISM DIV.	PRISM CONV. CT
63. ACCOMMODATION RIGHT Normal LEFT		64. COLOR VISION (Test used and result) Normal			65. DEPTH PERCEPTION (Test used and score)
66. FIELD OF VISION		67. NIGHT VISION (Test used and score) Normal - Admit			68. RED LENS TEST
70. HEARING RIGHT 15/15 SV LEFT 15/15 SV		71. AUDIOMETER RIGHT LEFT			72. PSYCHOLOGICAL AND PSYCHOMOTOR (Test used and score)
73. NOTES (Continued) AND SIGNIFICANT OR INTERVAL HISTORY None					

(Use additional sheets if necessary)

## 74. SUMMARY OF DEFECTS AND DIAGNOSES (List diagnoses with item numbers)

None

## 75. RECOMMENDATIONS—FURTHER SPECIALIST EXAMINATIONS INDICATED (Specify)

None

## 76. A. PHYSICAL PROFILE

P	U	L	H.	E	S

## 77. EXAMINEE (Check)

A.  IS QUALIFIED FOR  
B.  IS NOT QUALIFIED FOR

## B. PHYSICAL CATEGORY

## 78. IF NOT QUALIFIED, LIST DISQUALIFYING DEFECTS BY ITEM NUMBER

A	B	C	E

## 79. TYPED OR PRINTED NAME OF PHYSICIAN

Alex. G. TOTH, M.D.

## SIGNATURE

Alex. G. TOTH

## 80. TYPED OR PRINTED NAME OF PHYSICIAN

## SIGNATURE

## 81. TYPED OR PRINTED NAME OF DENTIST OR PHYSICIAN (Indicate name)

## SIGNATURE

## 82. TYPED OR PRINTED NAME OF REVIEWING OFFICER OR APPROVING AUTHORITY

## SIGNATURE

NUMBER OF ATTACHED SHEETS

100, Nombre (s)  
GARIBOLDI  
CRISPIN

2. Fecha del examen 05/05/2011 3. Fecha de nacimiento 01/01/1980

23 May 934

Categoría		Subcategoría	Características	Aplicación
1	2	3	4	5
6	7	8	9	10
11	12	13	14	15
16	17	18	19	20
21	22	23	24	25
26	27	28	29	30
31	32	33	34	35
36	37	38	39	40
41	42	43	44	45
46	47	48	49	50
51	52	53	54	55
56	57	58	59	60
61	62	63	64	65
66	67	68	69	70
71	72	73	74	75
76	77	78	79	80
81	82	83	84	85
86	87	88	89	90
91	92	93	94	95
96	97	98	99	100
101	102	103	104	105
106	107	108	109	110
111	112	113	114	115
116	117	118	119	120
121	122	123	124	125
126	127	128	129	130
131	132	133	134	135
136	137	138	139	140
141	142	143	144	145
146	147	148	149	150
151	152	153	154	155
156	157	158	159	160
161	162	163	164	165
166	167	168	169	170
171	172	173	174	175
176	177	178	179	180
181	182	183	184	185
186	187	188	189	190
191	192	193	194	195
196	197	198	199	200
201	202	203	204	205
206	207	208	209	210
211	212	213	214	215
216	217	218	219	220
221	222	223	224	225
226	227	228	229	230
231	232	233	234	235
236	237	238	239	240
241	242	243	244	245
246	247	248	249	250
251	252	253	254	255
256	257	258	259	260
261	262	263	264	265
266	267	268	269	270
271	272	273	274	275
276	277	278	279	280
281	282	283	284	285
286	287	288	289	290
291	292	293	294	295
296	297	298	299	300
301	302	303	304	305
306	307	308	309	310
311	312	313	314	315
316	317	318	319	320
321	322	323	324	325
326	327	328	329	330
331	332	333	334	335
336	337	338	339	340
341	342	343	344	345
346	347	348	349	350
351	352	353	354	355
356	357	358	359	360
361	362	363	364	365
366	367	368	369	370
371	372	373	374	375
376	377	378	379	380
381	382	383	384	385
386	387	388	389	390
391	392	393	394	395
396	397	398	399	400
401	402	403	404	405
406	407	408	409	410
411	412	413	414	415
416	417	418	419	420
421	422	423	424	425
426	427	428	429	430
431	432	433	434	435
436	437	438	439	440
441	442	443	444	445
446	447	448	449	450
451	452	453	454	455
456	457	458	459	460
461	462	463	464	465
466	467	468	469	470
471	472	473	474	475
476	477	478	479	480
481	482	483	484	485
486	487	488	489	490
491	492	493	494	495
496	497	498	499	500
501	502	503	504	505
506	507	508	509	510
511	512	513	514	515
516	517	518	519	520
521	522	523	524	525
526	527	528	529	530
531	532	533	534	535
536	537	538	539	540
541	542	543	544	545
546	547	548	549	550
551	552	553	554	555
556	557	558	559	560
561	562	563	564	565
566	567	568	569	570
571	572	573	574	575
576	577	578	579	580
581	582	583	584	585
586	587	588	589	590
591	592	593	594	595
596	597	598	599	600
601	602	603	604	605
606	607	608	609	610
611	612	613	614	615
616	617	618	619	620
621	622	623	624	625
626	627	628	629	630
631	632	633	634	635
636	637	638	639	640
641	642	643	644	645
646	647	648	649	650
651	652	653	654	655
656	657	658	659	660
661	662	663	664	665
666	667	668	669	670
671	672	673	674	675
676	677	678	679	680
681	682	683	684	685
686	687	688	689	690
691	692	693	694	695
696	697	698	699	700
701	702	703	704	705
706	707	708	709	710
711	712	713	714	715
716	717	718	719	720
721	722	723	724	725
726	727	728	729	730
731	732	733	734	735
736	737	738	739	740
741	742	743	744	745
746	747	748	749	750
751	752	753	754	755
756	757	758	759	760
761	762	763	764	765
766	767	768	769	770
771	772	773	774	775
776	777	778	779	780
781	782	783	784	785
786	787	788	789	790
791	792	793	794	795
796	797	798	799	800
801	802	803	804	805
806	807	808	809	810
811	812	813	814	815
816	817	818	819	820
821	822	823	824	825
826	827	828	829	830
831	832	833	834	835
836	837	838	839	840
841	842	843	844	845
846	847	848	849	850
851	852	853	854	855
856	857	858	859	860
861	862	863	864	865
866	867	868	869	870
871	872	873	874	875
876	877	878	879	880
881	882	883	884	885
886	887	888	889	890
891	892	893	894	895
896	897	898	899	900
901	902	903	904	905
906	907	908	909	910
911	912	913	914	915
916	917	918	919	920
921	922	923	924	925
926	927	928	929	930
931	932	933	934	935
936	937	938	939	940
941	942	943	944	945
946	947	948	949	950
951	952	953	954	955
956	957	958	959	960
961	962	963	964	965
966	967	968	969	970
971	972	973	974	975
976	977	978	979	980
981	982	983	984	985
986	987	988	989	990
991	992	993	994	995
996	997	998	999	1000

6:... (continua)

Sí	No	(Conteste en todos los casos)	Par.
	X	Afección de los ojos	
	X	Afección de nariz, oído o garganta	
		Reumatisma (artritis)	
	X	Asma, fiebre de heno, urticaria	
	X	Epilepsia (ataques)	
	X	Muerte por suicidio	
	✓	Demencia	

7:... ¿Ha padecido o sufre usted alguna de las siguientes causas? Conteste con X en la columna "Sí" o "No," a la izquierda.

Sí	No	(Conteste en todos los casos)	Sí	No	(Conteste en todos los casos)
	X	Escarlatina, erisipela		X	Sinusitis
	X	Difteria		X	Fiebre de heno
	X	Fiebre reumática		X	Bocio
	X	Coyunturas hinchadas o adoloridas		X	Tuberculosis
	X	Parotiditis contagiosa		X	Sudores excesivos (Sudores nocturnos)
	X	Tos ferina		✓	Asma
	X	Dolor de cabeza frecuente o fuerte		X	Falta de respiración
	X	Vertigo o síncope		X	Dolor o presión en el pecho
	X	Afecciones de los ojos		X	Tos crónica
	X	Afecciones de nariz, oído o garganta		X	Palpitación del corazón
	X	Supuración de los oídos		X	Presión sanguínea alta o baja
	X	Catarro crónico o frecuente		X	Calambre de las piernas
	X	Afecciones severas de la dentadura, las encías		X	Digestión frecuente

## 7. (continuación)

SI	NO	Afección	SI	NO	(Continuación)
		Afección de la boca			Pérdida de tacto, pierna, etc. en la mitad del cuerpo
X		Cálculo biliar o afecciones de la vesícula			Hombro, codo doloroso o dislocable
		Ictericia	X		Costado doloroso o tieso
X		Reacción a sueros, drogas o medicamentos	X		Afecciones de los pies
X		Tumor, quiste o cáncer	X		Neuritis
		Hernia	X		Parálisis (incluso infantil)
X		Apendicitis	X		Epilepsia o ataques
X		Hemorroides o afecciones del recto	X		Mareo en coche, tren, vapor o avión
X		Micción frecuente o dolorosa	X		Pérdida frecuente de sueño
X		Cálculo renal u orina sanguinolenta	X		Pesadillas frecuentes o espantosas
X		Azúcar o albúmina en la orina	X		Depresión o excesiva ansiedad
X		Diviesos	X		Pérdida de la memoria, amnesia
X		Enfermedades venéreas	X		Orinar en la cama
X		Aumento o pérdida reciente de peso	X		Cualquier afección nerviosa
X		Artritis o reumatismo	X		Adicción a cualquier droga o narcóticos
X		Deformidad ósea o de las coyunturas	X		Extrusión
X		Cojera	X		Tendencia homosexual

8. Marque "SI" o "NO" si alguna vez ha hecho o le ha sucedido lo siguiente:

SI	NO	SI	NO
			Tratado de suicidarse
	Usado anteojos (gafas)		
	Usado un ojo postizo		Sido escámbulo
	Usado un acústico (para sordera)		Vivido con un tuberculoso
	Tartamudeado		Escupido sangrante
	Usado un soporte para la espalda		Sangrado en exceso por herida o extracción

9. ¿Cuáles empleos ha tenido en los últimos 10 años?

10. ¿Cuáles son los empleos que ha perdido en los últimos 10 años?

11. ¿A qué se dedica usted normalmente?

Piloto

Mesas

12. ¿Es usted derecho o izquierdo?

Si

13. Marque "Sí" o "No" en cada caso a continuación. Si contesta "Sí" explique con detalles en el espacio a la derecha.

Sí      No

		14. ¿Ha tenido que dejar algún empleo por
X		a. ser sensible a agentes químicos, polvo, sal, etc.?
X		b. no poder hacer ciertos movimientos?
X		c. no poder asumir ciertas posiciones?
X		d. otras razones médicas? En tal caso, digálas.
X		15. ¿Ha trabajado con sustancias radiactivas?
		16. ¿Tuvo dificultades con sus estudios o profesores? Explique
		17. ¿Le ha sido negado empleo por motivos de salud? Explique
X		18. ¿Le ha sido rehusado seguro de vida? En tal caso de los motivos y explique.
	X	19. ¿Ha tenido o le han aconsejado operación quirúrgica? En tal caso, diga causa y a qué edad.
	X	20. ¿Ha estado internado voluntariamente o involuntariamente en un manicomio u hospital mental? Si lo ha estado, diga dónde, cuándo, por qué, nombre del médico y dirección completa del hospital o clínica.
	X	21. ¿Ha tenido enfermedades o heridas aparte de las ya dichas? En tal caso, diga dónde, cuándo y explique.